N° 28

LES GRANDS ABCÈS DU FOIE

GRIPPAUX ET TYPHOÏDIQUES

ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 18 février 1905

PAR

EMMANUEL NÉMORIN

Né à l'Ile Maurice

EX-INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN INTERNE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1905

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✻), Doyen.
TRUC, Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.	GRYNFELTT.
Id. Chargé du cours, M. Guérin.	
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv..	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS (✻).
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	VALLOIS, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	RAUZIER, agrégé libre
Pathologie externe......	de ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale..........................	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
BROUSSE.	VIRES.	SOUBEIRAN.
de ROUVILLE.	VEDEL.	GUERIN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIERE.
GALAVIELLE.	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND.	ARDIN DELTEIL.	

M. IZARD, *Secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
ARDIN-DELTEIL, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A TOUS MES MAITRES

Je suis heureux de renouveler ici ma plus sincère reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

E. NÉMORIN.

INTRODUCTION

Tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour considérer la dysenterie comme le facteur étiologique le plus important des abcès du foie; cette importance est même telle, qu'elle a trop fait oublier, nous semble-t-il, le rôle que peuvent jouer dans la production des hépatites suppurées — grands abcès, et abcès aérolaires du foie — d'autres facteurs secondaires à la vérité, mais qu'il importe de ne pas laisser dans l'oubli.

Il reste certain — et les travaux de Kelsch et Kiener sur les grands abcès des pays chauds l'ont surabondamment établi — que dans le plus grand nombre des cas, les abcès du foie reconnaissent pour cause la dysenterie.

Nous n'avons pas à rappeler ici par quel faisceau de preuves parfaitement établies les deux médecins militaires, dont les noms restent pour ainsi dire attachés à la question des abcès dysentériques du foie, sont arrivés à donner la démonstration claire et nette du rapport de causalité qui régit la dysenterie d'une part, l'abcès du foie de l'autre.

Mais il ne reste pas moins vrai qu'à côté du facteur dysenterie, il y a place pour d'autres facteurs moindres et qui cependant ne sont pas négligeables. Parmi ces causes secondaires, nous nous proposons d'attirer spécialement l'attention sur le rôle de la fièvre typhoïde et de la grippe dans l'étiologie et la pathogénie des abcès du foie. Notre étude des abcès du foie dothiénentériques et grippaux sera logiquement divisée. comme toute étude de ce genre, en plusieurs chapitres qui seront :

I. — Chapitre d'historique.

II. — Chapitre d'anatomie pathologique.

III. — Chapitre d'étiologie et de pathogénie.

IV. — Chapitre de symptomatologie, que nous compléterons par quelques observations destinées à en étayer la clinique.

Dans notre cinquième chapitre nous parlerons de la marche, de la durée et des terminaisons de ces abcès, de leur diagnostic et du pronostic qui leur est lié.

Enfin un sixième et dernier chapitre sera consacré à l'étude du traitement qui leur convient.

Nous ne nous dissimulons, avant d'aborder notre tâche, ni la difficulté de traiter ce sujet, qui nous est particulièrement cher, ni l'aridité que présenteront sans doute certains points de notre étude, tant à cause de l'insuffisance des renseignements, que nous avons cependant recueillis avec le plus grand soin sur cette question, qu'à cause de la modestie de nos propres forces, heureux si nous avons pu signaler à l'attention du clinicien certaines formes d'abcès hépatiques, moins rares qu'on ne pense et qui doivent certainement garder leur autonomie propre, sans se laisser englober dans la grande masse des abcès dysentériques.

Avant de passer au chapitre suivant, qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur Tédenat de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et, en nous aidant de ses précieux conseils ; M. le professeur Carrieu, qui fut pour nous le maître bienveillant, voudra bien agréer l'hommage de notre profond attachement.

MM. les professeurs agrégés Soubeyran, Ardin-Delteil qui furent nos maîtres particuliers pendant notre préparation à l'Internat, retrouveront ici un nouveau gage de notre plus vive reconnaissance. Les conseils qu'ils nous donnèrent nous permirent de mener à bien notre thèse inaugurale.

LES

GRANDS ABCÈS DU FOIE

GRIPPAUX ET TYPHOÏDIQUES

ET LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il serait fastidieux de retracer ici, après bien d'autres, combien plus autorisés que nous, l'historique complet des abcès du foie. Du reste, la plupart des auteurs qui ont étudié sérieusement cette question semblent n'avoir en vue que les rapports des abcès du foie avec les infections ulcéreuses intestinales (Budd), avec le paludisme (Haspel 1843, Catteloup 1845, Cambay 1847), avec les agents météorologiques (Jacquot, Rouis, Morehead), avec les fautes d'alimentation et l'alcool (Sachs), surtout avec la dysenterie (Dutroulau, et principalement Kelsch et Kiener).

Nous nous bornerons à faire remarquer que c'est seulement depuis les travaux et les remarquables observations de

Kelsch et Kiener que l'abcès du foie a été considéré non plus comme une inflammation banale, mais comme une entité morbide, parfaitement caractérisée, possédant une physionomie anatomique et clinique nettement individualisée.

Mais si les travaux et les recherches sur les abcès dysentériques sont nombreux, nous ne pouvons pas en dire autant de ceux qui concernent les abcès grippaux et typhoïdiques ; cette question est à peu près neuve : nous disons à peu près, car déjà Romberg avait parlé (*Berliner Klinischer Woschenschrift*, 3 mars 1890) de 19 cas d'abcès du foie pendant la fièvre typhoïde, dont cinq seulement avaient pour origine une pyléphlébite secondaire aux ulcérations typhiques de l'intestin. En 1893, Dufourt (*Rev. de Méd.*, infection biliaire et lithiase) compte un total de 14 observations dans lesquelles on peut légitimement dire infection biliaire d'origine typhique, inflammation de la muqueuse des voies biliaires, lithiase consécutive. L'agent causal de l'angiocholite typhique n'est pas toujours le bacille d'Eberth ; on a trouvé aussi le coli commune, le streptocoque pyogène et, sans entrer dans la discussion toujours ouverte des rapports ou de l'identité du coli commune et du bacille d'Eberth, il est probable que d'autres microorganismes encore, venus de l'intestin, sont capables de provoquer l'inflammation des voies biliaires au cours de la dothiérentérie. Cette maladie produit dans tout l'intestin des lésions graves, à la suite desquelles les fermentations intestinales sont augmentées dans une proportion considérable ; la haute toxicité de l'urine, l'abondance des acides sulfoconjugués dans l'urine suffiraient à le démontrer. Cela nous indique une activité spéciale des microbes préexistants ou surajoutés, qui tendent à quitter leur habitat normal pour envahir les cavités voisines (Dufourt).

Après les observations de Dufourt viennent celles plus récentes de Berndt, Lannois et Lyonnet (Congrès médical de

Bordeaux 1895 : Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde).

Tel est le bilan des observations d'abcès du foie d'origine thyphoïdique ; on voit qu'il est bien peu chargé, moins chargé encore est celui des observations qui relatent des abcès du foie consécutifs à la grippe et imputables à cette infection. Nous ne connaissons que les observations qui ont été très obligeamment mises à notre disposition par M. le professeur Tédenat et son agrégé M. Soubeyran, alors chef de clinique chirurgicale (Congrès de chirurgie, 1902, 15e session).

Ces observations, au nombre de 4, nous avons cru devoir les rapporter intégralement dans ce travail ; elles sont toutes probantes, et nous sommes persuadé qu'on nous saura gré de les avoir reproduites à l'appui de notre thèse.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Pour étudier l'anatomie pathologique des abcès du foie d'origine grippale, nous allons supposer que nous procédons à l'autopsie d'un sujet mort de cette dernière affection.

Nous constatons d'abord que la peau de la région abdominale au niveau du foie est normale. Nous incisons et nous trouvons des muscles, parfois ces derniers présentent un aspect normal, d'autres fois ils sont pâles et exsangues (Obs. II.).

Dans certains cas, on trouve des lésions plus marquées : de l'œdème et de la sclérose des plans musculaires (Obs. III), indice d'une inflammation profonde. Les fibres musculaires sont à leur tour écartées et alors nous pouvons rencontrer plusieurs modalités des rapports du foie et du péritoine.

En effet, si nous consultons les observations de MM. Tédenat et Soubeyran, nous ne notons aucune adhérence périhépatique dans les deux premières ; dans la troisième et la quatrième, des adhérences étendues se sont présentées aux regards de l'opérateur. Nous venons de déchirer les adhérences périhépatiques et voici le foie. Ici, nous pouvons nous trouver devant deux sortes de variétés principales : 1° une tumeur facilement délimitée par la vue, altérant la forme ordinaire du foie ; 2° la forme de cet organe n'a pas changé.

Dans cette dernière variété, nous pouvons placer l'observation I.

Faisons une coupe au scalpel au niveau du tissu qui nous paraît le plus endommagé (c'est en général dans le lobe droit). Nous trouvons l'épaisseur de ce tissu augmentée de volume, gorgée de sang; bref, l'aspect d'un foie congestionné (Obs. I). Lorsque nous nous rapprochons du foyer de suppuration, le tissu devient mou, subit une sorte de splénisation.

Si le sujet que nous autopsions est mort dans le début de la maladie, les parois de l'abcès seront inégales, anfractueuses et constituées par la substance hépatique ramollie, infiltrées de pus séreux.

Si le sujet avant sa mort a accompli toutes les étapes du processus ulcératif, nous verrons que les parties du foie comprises dans la suppuration se détachent et la surface interne devient lisse et uniforme; ce qui la constitue en ce moment c'est du tissu embryonnaire analogue à celui des bourgeons charnus qui tapissent un ulcère; l'abcès est-il très ancien, il nous faudra inciser une véritable coque fibreuse très adhérente au tissu sous-jacent.

L'incision est faite et le pus s'écoule en quantités variables, de 500 grammes à trois litres. Dans nos observations, nous avons trouvé deux fois (Obs. I et III) un litre et demi et une fois (Obs. II) un litre, et dans une autre (Obs. IV) deux litres de pus.

Quel est l'aspect du pus que nous venons d'évacuer?

En général il sera épais, blanc jaunâtre, sans odeur (Obs. I et III). Assez souvent il prend une couleur chocolat, surtout dans les affections récentes, ce qui est très caractéristique (Obs. II et IV). Ce pus est stérile, en général, et on trouve assez fréquemment mélangés avec lui de menus caillots sanguins et des débris de tissu hépatique.

Voilà donc tous les renseignements qu'a pu nous fournir l'autopsie. Nous ne pouvons mieux faire, pour nous rendre compte de l'évolution des lésions jusqu'à un point aussi visi-

ble, que de nous en rapporter à l'étude magistrale faite sur ce sujet par Cornil et Ranvier.

«Sur le fond rouge dû au remplissage par le sang de tous les vaisseaux capillaires d'un lobule, on voit bientôt apparaître, au milieu du lobule, un petit point blanc qui n'est autre qu'une gouttelette de pus à peine visible à l'œil nu. Le pus augmente et la suppuration envahit bientôt la plus grande partie du lobule. Sur des sections minces de ces lobules préalablement durcis, on voit les vaisseaux capillaires remplis de sang contenant des globules blancs avec des globules rouges. Autour des capillaires dans le tissu conjonctif qui les accompagne, des globules blancs se sont épanchés. Ces éléments cellulaires entourent les rangées de cellules hepatiques, les compriment et les étouffent. Les cellules hépatiques deviennent alors granuleuses, s'atrophient et se réduisent en fragments granulo-graisseux. Leurs noyaux deviennent libres ou restent là, entourés d'une petite quantité de protoplasma au milieu des globules de pus qui remplissent les intervalles entre les capillaires. Ceux-ci ne tardent pas à se ramollir et on n'en trouve pas trace lorsque le foyer a envahi le lobule tout entier. Plus tard, ces lobules par leur union forment les grands abcès».

La dégénérescence se fait-elle réellement par un processus pericellulaire? ou bien est-elle endocellulaire? C'est une question à étudier ; comme elle n'entre pas dans le cadre de notre thèse, nous nous contentons de la poser.

CHAPITRE III

Étiologie et Pathogénie

Avant d'aborder l'étude étiologique et pathogénique des grands abcès typhoïdiques et grippaux de la glande hépatique, il ne nous semble pas inutile de dire quelques mots de leur bactériologie.

On verra dans les observations qui accompagnent ce travail, et qui en sont le fond, que dans les divers cas d'abcès grippaux, où l'ensemencement du pus fut pratiqué, ce pus fut trouvé stérile.

«Pour ce qui est des abcès hépatiques non dysentériques, nous dit M. Dieulafoy, les recherches bactériologiques ont démontré tantôt la présence de staphylocoques, tantôt l'absence complète de microbes».

On est à peu près fixé aujourd'hui sur la signification de la stérilité du pus des abcès hépatiques ; elle n'est donc pas ici pour nous surprendre. On nous permettra de rappeler que plusieurs hypothèses sont possibles pour l'expliquer.

En dehors des cas où dans un pus hépatique, même stérile, l'examen microscopique ne revéla que des formes bactériennes variées, ce qui permit d'affirmer que la stérilité de ce pus ne fut que secondaire et tardive ; en dehors de ces cas, dans ceux par conséquent où le pus est à la fois stérile et amicrobien, on ne peut songer à expliquer la disparition de ces microbes par l'action bactéricide de la bile ; ce liquide loin d'être bactéricide est tout au contraire un bon milieu de culture

pour les microbes ; encore moins invoquera-t-on une prétendue action chimique, encore inconnue et non démontrée, de la cellule hépatique. Il est plus simple de supposer que les microorganismes de la suppuration ont été détruits dans le pus de l'abcès hépatique, soit qu'ils aient péri par suite de l'épuisement du milieu nutritif, soit qu'ils aient été tués par leurs produits de sécrétion et qu'ils se soient en quelque sorte autointoxiqués.

Ceci posé, nous ferons remarquer que dans les observations que nous rapportons ici, le pus de divers abcès du foie grippaux fut toujours stérile; il fut toujours impossible d'y déceler par des cultures, tels que bouillon, agar, gélatine, la présence du bacille de Pfeiffer ; quant au pus des abcès typhoïdiques du foie, la question n'est pas encore élucidée.

Nous pouvons maintenant aborder franchement l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de ces abcès.

Il importe de faire remarquer en premier lieu l'importance que doivent avoir dans leur production les localisations intestinales ; ce point, qui n'est même pas à mentionner quand il s'agit d'une maladie de siège intestinal, telle que la dothiénentérie ressort nettement de nos observations d'abcès grippaux. Il s'agit toujours de grippe à localisations intestinales très nettes avec état gastro-intestinal marqué, diarrhée abondante, quelquefois avec des épreintes et du ténesme.

Cette notion éclaire d'une vive lumière le mécanisme de production des abcès du foie dans les deux infections dothiénentérique et grippale. Les germes infectieux arrivent au foie par les voies biliaires qu'ils envahissent d'autant plus facilement que les troubles gastro-intestinaux concomitants ont d'une part considérablement accru leur vitalité et leur virulence, et d'autre part diminué dans les mêmes proportions la résistance du terrain.

Les microbes, bacille d'Eberth, bacille de Pfeiffer, montent

donc de l'intestin dans le foie par les voies biliaires. Cette ascension ne peut guère être entravée par le cours de la bile, car, depuis les expériences de Pisenti (1), il est établi que les processus fébriles entraînent le plus généralement une très notable diminution de la sécrétion biliaire. Enfin l'atonie et la parésie de tout l'appareil biliaire dans des infections telles que la fièvre typhoïde et la grippe sont aussi des facteurs adjuvants pour cette ascension microbienne, et leur rôle n'est pas non plus à dédaigner.

Mais ce n'est pas seulement par les voies biliaires que pénètrent dans le foie les germes de la fièvre typhoïde et de la grippe ; ils peuvent y arriver aussi par l'artère hépatique, les veines sus-hépatiques, la veine porte et enfin les lymphatiques. Nous laisserons de côté ce dernier mode de propagation, le moins fréquent, et nous dirons seulement quelques mots de la pénétration des germes par la voie sanguine.

L'artère hépatique peut en effet transporter les germes morbides, et ce transport explique facilement, aujourd'hui que nous savons que les microbes libres ou portés par les leucocytes peuvent traverser les réseaux vasculaires du poumon sans y déterminer toujours des foyers secondaires, soit qu'ils suivent les voies ordinaires, soit qu'ils utilisent les anastomoses décrites par O. Weber entre les artères et les veines pulmonaires. Il faut rapprocher des mêmes faits les septico-pyohémies, soit chirurgicales, soit obstétricales, soit médicales, surtout parmi ces dernières, celles consécutives à la fièvre typhoïde et à la variole. MM. Widal, Heller, ont démontré que non seulement dans ce cas l'infection pouvait être apportée au foie par l'artère hépatique, mais aussi se faire

---

(1) Pisenti. — Ueber die Veranderungen der Gallenabsunderung wahrend des Fiebers. (*Arch. für. exper. Path. und Pharm.*, 24 juin 1886).

en retour par les veines sus-hépatiques, surtout, on le conçoit, dans les cas où ces troubles circulatoires favorisent la stagnation du sang dans leur réseau (Brouardel, Gilbert. — *Traité de Méd. et de Thérap.*).

La veine porte (la porta malorum des anciens) est également un grand vecteur de germes venus de la vésicule biliaire, de l'intestin grêle, du gros intestin, voire de l'estomac et de la rate ; elle doit jouer dans les suppurations hépatiques consécutives à la fièvre typhoïde et à la grippe, un rôle de premier ordre en apportant directement au foie et en ensemençant dans son parenchyme les germes développés dans l'intestin.

A ce sujet, nous avons un exemple particulièrement intéressant : les rapports de la grippe et de l'appendicite, et enfin l'influence de cette dernière sur les abcès du foie.

D'abord, grippe et appendicite. Le Dr Grippel, d'Angers, plusieurs médecins américains et le Dr Faisans estiment qu'au début de toute appendicite il y a grippe. Malheureusement les examens bactériologiques n'ont pas appuyé une telle hypothèse. Certes, il est cependant un argument en faveur de cette dernière fournie par Lucas-Championnière : la fréquence de l'appendicite augmentant avec la fréquence de la grippe. Ce dernier auteur en tire la conclusion que la cause de l'appendicite est en rapport intime avec la grippe. Mais il fait une restriction, faisant remarquer qu'il faut une prédisposition établie, pour lui, par un régime carné exagéré.

Voici donc la première partie de la question à peu près entièrement élucidée, la grippe présente des rapports tellement intimes avec l'appendicite, que dans certains cas on peut affirmer qu'elle en est la cause.

Nous allons maintenant démontrer que l'appendicite peut produire des abcès du foie et nous aurons ainsi exposé un mode d'infection grippale au niveau du tissu hépatique.

M. Dieulafoy, qui sur toutes les questions qui touchent à

l'appendicite a une compétence toute particulière, fut le premier à observer les rapports précis de l'infection de l'appendice, d'une part, et de l'infection du foie, d'autre part.

Qu'on me permette une légère digression clinique qui fournira une preuve certaine, nous paraît-il, à notre assertion. Un individu est pris d'appendicite, tous les symptômes sont précis, et en particulier le point de Mac-Burney est douloureux : si le médecin, par ignorance ou par pusillanimité, diffère l'intervention chirurgicale, que va-t-il se produire?

Les symptômes s'amendent et le malade paraît entrer dans une période d'amélioration ; mais c'était malheureusement une accalmie traîtresse, l'infection s'était acheminée vers le foie et subitement les symptômes primordiaux de l'infection hépatique éclatent. Violent accès de fièvre, douleur localisée au niveau du foie, augmentation rapide du volume de l'organe, ictère. Les accidents se précipitent et en quelques jours le malade succombe. L'autopsie démontre l'exactitude de l'hypothèse clinique. Et ce n'est pas sur un fait ou deux que se trouve basée une telle opinion, c'est sur une série d'observations soigneusement contrôlées. C'est donc, à notre avis, une idée qui présente une exactitude scientifique que de penser : La grippe produit assez souvent l'appendicite, l'appendicite non soignée produit souvent des abcès du foie, la logique veut que nous disions que dans des cas fréquents, la grippe fait naître des suppurations hépatiques en employant l'appendicite comme intermédiaire.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Avant d'aborder l'étude des symptômes cliniques que présentent les grands abcès du foie qui surviennent au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde ou de la grippe, il nous semble nécessaire de faire observer que cette complication hépatique n'est pas d'emblée constituée comme telle ; il est tout naturel de croire que l'abcès du foie participe du caractère et de l'évolution des abcès en général, et passe par une période prœ-suppurative pendant laquelle l'abcès se prépare sans que le pus soit encore formé. Cette période doit se traduire cliniquement par les signes d'une congestion hépatique plus ou moins aiguë suivant le cas ; et c'est par elle qu'on peut expliquer cette douleur constante accusée par les malades au niveau de l'hypocondre droit, de l'épigastre, avec quelquefois des irradiations dans l'épaule droite, comme on a l'habitude de l'observer dans la plupart des affections hépatiques.

En même temps la fièvre s'allume, tantôt une fièvre petite et modérée, qu'indique une réaction peu vive de l'organisme infecté, correspondant sans doute à une attaque peu sévère des microbes infectants ; tantôt au contraire une hausse de température notable accompagnée de frissons et d'un état général assez marqué.

A ce stade de congestion hépatique simple, l'examen du foie montre un organe légèrement augmenté de volume et débor-

dant de deux ou trois travers de doigt, rarement davantage, le rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

La pression de l'organe tuméfié ne peut se faire sans éveiller de douleurs vives ; la palpation simple du foie est pénible au malade.

Il peut se faire que cette congestion hépatique ne se terminera pas par la suppuration, si la lutte entre les microbes envahisseurs et les phagocytes défenseurs de la place reste à l'avantage des derniers, ou si les germes morbides sont doués de peu de virulence. Tous les phénomènes que nous venons de décrire peuvent alors subir une rétrocession ; la congestion se résout purement et simplement, alors la fièvre tombe, l'état général s'améliore, la douleur diminue dans l'hypocondre, puis disparaît en même temps que le volume du foie, d'abord augmenté, redevient peu à peu normal.

Mais si l'hépatite doit évoluer, au contraire, vers la suppuration, le malade a un frisson violent ou une série de frissons prolongés. Ce frisson peut être accompagné de vomissements bilieux, ou seulement de nausées, «en même temps apparaît dans la région de l'hypochondre droit une douleur violente continue, véritable point de côté hépatique qu'exaspèrent l'exploration de la région et les mouvements respiratoires et qui s'irradie violemment dans l'épaule droite» (1).

«Dans son lit, le malade se pelotonne sur le côté droit, l'épaule penchée, les jambes repliées, de façon à relâcher, autant que possible, les muscles abdominaux. L'examen de la région hépatique montre la bosse droite du thorax élargie, les côtes relevées et immobilisées ; la percussion dénote l'hy-

---

(1) A propos de cette irradiation si fréquente et dont nous avons déjà parlé, nous rappellerons, en passant, qu'elle est due aux terminaisons du phrénique qui naît presque exclusivement des 3e, 4e, 5e paires cervicales, au niveau desquelles émergent, surtout de la 4e, les rameaux qui énervent l'épaule.

pertrophie du foie et la palpation éveille une sensibilité souvent exquise. Parfois, cependant, le début est moins brutal et ce n'est que progressivement que se complète le tableau symptomatique. En tous cas, la fièvre persiste, continue ou rémittente; le pouls est plein, dur, agité, l'état gastrique très prononcé; assez souvent, on perçoit une légère teinte subictérique des conjonctives. La situation reste la même pendant cinq à six jours. A ce moment, survient une détente légère; puis, au bout de quelques heures, apparaissent des signes qui traduisent l'imminence de la suppuration. La douleur devient lancinante, pulsative; des frissons irréguliers surviennent, surtout le soir, suivis de sudations abondantes et en même temps l'état général s'aggrave notablement. Après quelques jours, apparaissent les signes de périhepatite annonçant la migration du pus vers l'extérieur, ou bien des phénomènes nouveaux surajoutés au tableau clinique dénotent l'accès de la suppuration dans un organe voisin. La mort survient soit par l'aggravation de l'état général, soit pas suite de la complication locale. La durée de l'hépatite aiguë est d'environ 2 septénaires, mais elle peut être plus courte encore (Brouardel et Gilbert, Traité de Méd. et Thérap., Maladies du foie)».

Tel est le tableau clinique tracé magistralement par Gilbert et Surmont et que nous n'avons pu mieux faire que de rapporter sans y rien altérer. C'est, à peu de chose près, celui des grands abcès grippaux et typhoïdiques, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant les observations qui accompagnent notre travail.

Observation I

Grippe avec localisation intestinale. Vaste abcès du lobe droit du foie. Insuffisance mitrale, grossesse de six mois. Incision, drainage. Guérison.

S. L., ménagère, âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital suburbain dans le service du professeur Tédenat, le 29 décembre 1900. Rien à noter dans ses antécédents qu'une légère atteinte de rhumatisme articulaire, vers la quinzième année. De constitution moyenne, de santé habituelle satisfaisante, réglée à quatorze ans, elle a eu trois accouchements normaux. Elle a toujours habité le midi de la France, n'a jamais eu ni dysenterie ni paludisme. Trois mois avant son entrée dans le service, elle fut prise de grippe avec céphalée, embarras gastrique et diarrhée. Les selles se répétaient une ou deux fois par heure avec douleurs et glaires un peu teintées de sang. Cette diarrhée mal soignée a duré deux mois et demi. La malade, maigrissant, ayant peu d'appétit et perdant ses forces, entra, le 3 décembre, à l'hôpital de Clermont l'Hérault. Elle ressentit alors une douleur lancinante vive dans l'hypocondre droit, s'irradiant vers l'épaule du même côté. Au bout de sept ou huit jours, la douleur spontanée disparut ; mais la région du foie resta un peu tuméfiée et sensible à la pression. Enfin, la malade, qui n'était plus réglée depuis deux ans, sent remuer depuis deux mois.

A son entrée dans le service du professeur Tédenat, on constate un amaigrissement considérable, le facies pâle, tiré. L'appétit est pourtant revenu depuis quelques jours. Trois ou quatre selles par jour, molles ou liquides, sans glaires ni sang. Au cœur, souffle systolique à la pointe se prolongeant vers l'aisselle, 80 contractions un peu arythmiques. Le ventre est distendu. L'utérus a le développement d'une grossesse de six mois et on perçoit des battements du cœur fœtal.

A l'hypocondre droit, tumeur volumineuse, arrondie, plutôt rénitente que vraiment fluctuante, dont la matité se continue avec la

matité du foie, depuis la cinquième côte jusqu'à quatre travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Sur la tumeur, la peau est normale, la palpation exploratrice peut se faire sans provoquer de douleurs notables. Il y a là une diminution des mouvements respiratoires. A l'auscultation de la région hépatique, on ne constate ni frottements ni crépitation. La température oscille entre 37 et 37°5. Dans l'urine, ni sucre, ni albumine.

M. Tédenat pose le diagnostic d'abcès du foie et, le 30 décembre, après anesthésie avec un mélange de chloroforme et d'éther, il pratique l'opération suivante : Incision de 10 centimètres le long du bord externe du muscle droit. Suintement sanguin assez abondant. Le péritoine pariétal n'est pas altéré, le foie apparaît lisse, de coloration normale et sans la moindre adhérence, si bien que l'opérateur se demande s'il y a vraiment un abcès intrahépatique. Il saisit à pleine main l'organe dans sa partie inférieure. Il est arrondi et la fluctuation ou mieux la rénitence ne laisse aucun doute sur la présence d'une collection liquide. L'intestin est protégé par de larges compresses et la tumeur est ponctionnée avec un gros trocart de Potain. Il s'écoule environ un litre et demi de pus épais, jaune foncé, bien lié, sans odeur. Le foie est saturé au péritoine pariétal par un surjet au catgut. Le trajet du trocart est agrandi avec le dilatateur de Tripier et un gros drain de caoutchouc est placé dans la cavité. Pansement sec avec épaisse couche d'ouate.

La suppuration diminua rapidement et la cicatrisation était complète le 10 février. La température atteignit une seule fois 38°5. Aucun trouble du côté de la gestation. La malade quitta l'hôpital, le 15 février, avec une bonne cicatrice et un état général satisfaisant. La grossesse suivit son cours régulier.

Le pus recueilli aseptiquement fut ensemencé par le professeur Bosc sur gélatine, agar, bouillon. Il ne cultiva pas. Il était donc aseptique, autant que ces moyens de recherche permettent de l'affirmer.

Observation II

Abcès du lobe droit du foie consécutif à une grippe. Incision. Guérison.

C. L., commis, âgé de trente ans, demeurant à Montpellier, entre à l'hôpital le 1er mai 1901 dans le service du professeur Tédenat. Père et mère bien portants. Il a perdu trois sœurs en bas âge. C'est un sujet malingre avec traces de rachitisme et une cyphose dorso-lombaire droite très accentuée. Il n'a jamais fait d'excès de boissons, n'a pas eu de malaria, ni de dysenterie. Il n'a jamais quitté nos climats.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, le malade fut atteint d'une grippe parfaitement caractérisée, qui le tint au lit pendant un mois. Cette grippe se manifesta par de la céphalée, de la courbature et un état gastro-intestinal, avec diarrhée abondante, selles spumeuses, pas trop fréquentes, sans ténesme, non mélangées de sang. Au cours de cette maladie, les jambes s'enflèrent sans que l'on trouvât de l'albumine dans l'urine. Au bout d'un mois, le malade reprit son travail, encore un peu fatigué et incomplètement rétabli.

Depuis une quinzaine de jours, une douleur est apparue à l'hypocondre droit. Elle est allée en augmentant, gêne la respiration et, depuis huit ou dix jours, il y a une tuméfaction appréciable de la région. Le malade est un peu plus pâle et plus maigre qu'à son état ordinaire. Il a perdu l'appétit, sa langue est sèche ; il y a de la soif. Depuis cinq jours, la diarrhée a reparu (10 à 12 selles par jour, peu abondantes, avec ténesme léger, sans traces de sang). Il n'y a plus de céphalée. Il n'y a pas eu de frissons. Rien du côté du cœur ni des poumons. A l'hypocondre droit et à l'épigastre, voussure très accentuée, quelques veines dilatées, ampliation respiratoire presque abolie du côté droit. Pas d'œdème de la paroi, palpation mal supportée à cause de la douleur. Fluctuation franche. La matité hépatique remonte à deux travers de doigt du mamelon. Elle rem-

plit l'épigastre et dépasse un peu l'ombilic. A la base droite, frottements de pleurite sèche.

La température oscille entre 37°3 et 37°9. Le pouls entre 90 et 96. Dans l'urine, il n'y a ni sucre ni albumine. Il y a 14°5 d'urée par litre, la quantité émise étant aux environs de 1200 grammes.

Le 6 mai, cinq jours après son entrée, le malade est anesthésié. Une incision de dix centimètres verticale est pratiquée sur le milieu de la tumeur hépatique. Les muscles sont pâles, exsangues. Il n'existe pas d'adhérences péritonéales et on arrive sur le foie volumineux et de coloration normale. Un surjet au catgut le fixe au péritoine pariétal. Une ponction avec un gros trocart donne issue à un litre de pus épais, rougeâtre, sans odeur. Un gros drain est placé dans la poche. Pansement sec épais. Le soir 37°, pouls à 80. Le malade est très soulagé. La température reste au-dessous de 37°, le pouls est calme, le facies reposé, l'appétit revient.

La suppuration abondante pendant les dix premiers jours diminue ensuite rapidement et, le 6 juin, elle est presque tarie. Le malade mange de bon appétit; la cicatrisation est complète le 20 juin et le malade quitte l'hôpital, le 23 juin, complètement guéri. A noter que la diarrhée qui avait cessé depuis quelques jours revint après l'opération et dura pendant quatre jours assez abondante.

Dans cette observation encore, l'abcès hépatique est survenu un mois après une grippe bien caractérisée avec localisations intestinales.

Il évolua d'une façon apyrétique et le pus ensemencé sur divers milieux par M. Vedel ne cultiva pas.

Observation III

Grippe avec dysenterie qui dure trois mois. Un mois après la guérison de l'entérite, accidents hépatiques. Abcès drainé et guéri.

Joseph Laur., trente et un ans, cultivateur au Pouget (Hérault), entre dans le service du professeur Tédenat le 28 décembre 1900.

Pas de paludisme, pas d'éthylisme. Variole dans l'enfance ayant laissé des traces à la face. Fièvre typhoïde à huit ans.

Au commencement de septembre, infection grippale bien caractérisée, qui se compliqua, vers le cinquième jour, d'accidents dysentériques (selles fréquentes, glaireuses et sanguinolentes). Avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, les phénomènes intestinaux persistèrent pendant trois mois. Le malade en était débarrassé, depuis trois semaines, quand il fut pris de frisson, de toux avec point de côté. La toux et les douleurs thoraciques ont duré dix jours. Depuis six jours, il souffre dans la région du foie, surtout quand il respire fort, qu'il tousse ou qu'il baille. Il n'y a pas d'ictère et l'appétit est conservé.

Facies bon. La matité du foie est augmentée. Il y a de la matité, de la diminution du murmure respiratoire dans la partie inférieure du poumon droit avec quelques frottements pleuraux. Rénitence plutôt que vraie fluctuation au niveau de la voussure augmentée du foie. Urine abondante et claire, sans sucre, ni albumine, sans diminution de l'urée.

2 janvier. Anesthésie avec le mélange de chloroforme et éther. Incision verticale de dix centimètres sur le milieu de la tuméfaction à deux centimètres de la ligne médiane. Œdème et sclérose des plans musculaires, adhérences étendues assez résistantes du péritoine pariétal au foie. Incision de quatre centimètres, qui donne issue à un litre et demi de pus jaune foncé, épais, contenant des grumeaux fibrineux. Double drain. Pansement sec, large et épais.

Les pansements furent changés tous les deux jours. La suppuration diminua rapidement à partir du 15 janvier. Le 10 février, le malade quitta l'hôpital complètement guéri. Le pouls s'était tenu entre 80 et 85, la température entre 36°5 et 37°4.

Observation IV

Grippe à manifestations pulmonaires graves. Accidents intestinaux tardifs suivis d'abcès du foie.

Julie Di., âgée de trente-huit ans, entre, le 6 mai 1890, à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service du professeur Tédenat. De bonne santé habituelle, cette femme a eu la grippe dans les premiers jours de

février dernier. Température élevée, céphalée intense, broncho-pneumonie avec crachats sanguinolents. Quinze jours après le début de l'infection grippale, quand les manifestations pulmonaires étaient à leur fin, survint une diarrhée glaireuse, avec des grumeaux de sang. Les selles étaient peu abondantes, mais très fréquentes avec épreintes et faux besoins. Cet état se prolongea pendant deux semaines. Il y a une dizaine de jours, petits frissons avec douleurs sourdes dans la région du foie. Quelques nausées. Ces douleurs ont diminué, depuis trois jours, et l'appétit est un peu revenu, mais la malade reste faible.

On constate une augmentation très nette du volume du foie qui forme une légère voussure. Sa matité remonte jusqu'à la quatrième côte et descend jusqu'à la ligne horizontale de l'ombilic. La pression est modérément douloureuse. Fluctuation assez nette.

8 mai. Après la toilette aseptique habituelle et anesthésie à l'éther, M. Tédenat pratique une incision de dix centimètres au bord externe du muscle droit, sur la partie saillante de la tuméfaction hépatique. Les tissus sont œdématiés et des adhérences relient le péritoine pariétal au foie, dont le tissu est très congestionné. Le bistouri pénètre à un centimètre de profondeur et donne issue à deux litres de pus jaune foncé contenant de menus caillots sanguins et des débris de tissu hépatique. Deux gros drains en canon de fusil sont placés dans la cavité de l'abcès. Quelques points de suture rapprochent les lèvres de l'incision pariétale. Pansement sec épais et large.

La suppuration abondante nécessita des pansements quotidiens pendant dix jours, puis elle diminua rapidement et était tarie le 1er juin. État apyrétique dès le second jour après l'opération. La malade quitta l'hôpital, le 10 juin, complètement guérie, conservant pourtant une légère augmentation de volume de son foie, mais sans aucune sensibilité anormale.

Observation V

(Regaud, *Lyon médical*, 1898)

Homme de 48 ans, mort dans le service de M. Devic, suppléant M. Mollière.

Entré à l'hôpital avec diagnostic de *fièvre typhoïde*. Etat général déprimé, fièvre rémittente avec hyperthermie vespérale, une angine herpétique bien nette et aucun autre phénomène. Il fut baigné pendant vingt-quatre heures. Puis survint un épanchement pleural droit, et on songea à une tuberculose pulmonaire aiguë.

Deux thoracentèses amenèrent un liquide citrin. L'état s'aggrava promptement sans que l'on pût constater une localisation autre que celle de la plèvre, et le malade mourut.

L'autopsie a révélé un énorme abcès du lobe gauche du foie, contenant deux litres de pus environ, après évacuation du pus, le foie pesait encore 3 kilogrammes.

L'intestin ne portait aucune lésion ancienne ou récente de dysenterie. Rate petite, rein et cœur normaux, les poumons sans tubercules.

Le liquide pleural a formé des cultures de staphylocoques, de même dans le pus de l'abcès on a trouvé le staphylocoque.

Ce cas est intéressant par l'existence d'un abcès évoluant avec un tableau rappelant celui de la fièvre typhoïde.

Observation VI

(Dr Romberg, de Leipzig, 1889. — *Berliner klinischer*, 3 mars 1890)

Le nommé H. Raschke, âgé de 34 ans, ouvrier habitant Zschocher, où sévissait une épidémie de fièvre typhoïde, tomba malade le 14 août 1889. On nota de l'anorexie, des douleurs en croix accompagnées de cauchemars la nuit. Il put continuer son travail malgré cela jusqu'au 19 au soir ; à ce moment il s'alita, présenta une

anorexie complète et rentra le 22 août à l'hôpital. Il était alors très constipé.

Etat actuel. — Le sujet est bien bâti, de bonne corpulence ; température, 39° ; pouls, 112 ; respiration, 28. Langue sale.

Poumons, un peu de bronchite aux bases.

Cœur, bat normalement. A la palpation et à l'auscultation on note rien de particulier.

Le pouls, fort et régulier.

Foie, n'est pas hypertrophié.

Rate, sentie pendant les fortes inspirations.

Il y a un peu de diarrhée. L'urine est claire, de densité 1015 et contient un peu d'albumine.

Diagnostic.— Typhoïde à la fin du premier septénaire. Après deux jours, les taches rosées apparaissent. Le pouls devient dichrote.

A partir du 26 août, il eut 2 ou 3 selles sanguinolentes par jour.

Le 28 août. Il fait une hémorragie intestinale, le délire apparaît dès ce jour. Mais l'hémorragie ne se renouvela plus. Le sphincter anal se relâche. La bronchite persiste toujours un peu, le pouls est faible, dichrote, du météorisme abdominal, de la diarrhée. Il y a des traces d'albumine dans ses urines.

Le 7 septembre, à 1 heure de l'après-midi. Il ressent des frissons, avec une température de 40°9 dont on ne peut trouver l'explication.

Le 8 septembre. La température est à 36°3 et le malade est tout couvert de sueurs. L'ictère éclate, la conjonctive et la peau sont teintées. Le météorisme est plus grand. Les matières sont jaune-brunâtre.

Le 10 septembre. Les frissons avaient débuté dans la nuit du 9 au 10 septembre. La quinine est administrée. L'ictère et le dichrotisme augmentent. La paroi abdominale est douloureuse à la palpation. Il urine 850 gr., ayant une densité de 1016. Il y a des traces d'albumine. Le réactif de Gmelin donne un résultat positif. La fièvre est à 40°.

11 septembre. Les frissons ont disparu, mais la température est à 40° toujours. Pour la première fois, on note l'hypertrophie du foie. La matité s'étend au 5me espace intercostal en haut et à deux travers

de doigt au-dessous des fausses côtes. Il est sensible à la palpation. Il est même douloureux.

12 septembre. La température oscille entre 40° et 40°8. L'ictère persiste. La bronchite a persisté.

Le pouls oscille entre 100 et 120.

La respiration compte 40 à la minute.

Le même état adynamique de la veille.

13 septembre. L'après-midi, des frissons et une température de 41°. L'ictère s'atténue, mais la face est cyanosée. Le foie est toujours gros. Le météorisme et la diarrhée ont persisté. Le réactif de Gmelin donne un résultat positif. Dans la nuit du 14 au 15, de l'insomnie. La température tombe à 37°5.

15 septembre. Il a des frissons dans le courant de la journée et la température est à 41°4. L'ictère n'est pas modifiée; il y a du météorisme, de la diarrhée. Le foie semble avoir un peu diminué de volume. Il meurt dans la nuit dans des frissons.

A l'autopsie, le Dr Unger note : des ulcérations typiques de typhoïde sur l'iléon et le cœcum. Le foie est très gros. La capsule de Glisson très distendue. La face supérieure présente des taches jaunes, et à l'incision de ces taches on voit qu'elles sont constituées par un certain nombre de petits abcès réunis entreux.

Observation VII

(M. le Dr Sorel, *Union médicale*, 1882)

Un soldat meurt de dothiénentérie six jours après son entrée à l'hôpital. On constata des ulcérations dans l'iléon et surtout dans toute la longueur du gros intestin, on trouva dans le foie des infarctus hémorragiques superficiels sans ramollissement, et un abcès, du volume d'une orange, dans le lobe gauche. Il n'y avait aucune lésion des conduits biliaires, ni des gros troncs de la veine porte.

(Note de l'auteur : La relation de cause à effet entre la lésion du gros intestin et l'abcès du foie, par l'intermédiaire des veines portes et du système porte, paraît des mieux fondées).

Observation VIII

Fièvre typhoïde. Au début de la convalescence, apparition de frissons, de douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et de symptômes de péritonite. A l'autopsie, pyléphlébite et abcès du foie.
Bacille d'Eberth dans les abcès hépatiques.

Phil. Amédée, 28 ans, employé, entré salle Lannois N° 3, le 8 décembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. – Il est marié, sa femme est bien portante, un enfant en bonne santé.

Pas d'affections antérieures. Il nie tout excès alcoolique. Jamais de coliques hépatiques.

L'affection actuelle aurait débuté le 6 octobre par une fièvre typhoïde. Elle aurait eu un début brusque par des vomissements abondants aqueux et bilieux et par de la céphalée. La diarrhée survint bientôt sans coliques, sans douleurs abdominales; elle était peu abondante et sans fétidité. Elle ne dura que deux jours et fut remplacée par la constipation. Les alternatives de diarrhée et de constipation continuent depuis. Il ne toussait pas du tout.

Après cinq à six semaines, il se rétablit et se met à manger. Mais après 3 jours d'apyrexie complète, il fut pris de frissons violents avec ascension thermique atteignant 40° ; en même temps apparaissaient des signes pleuro-pulmonaires aux deux bases, plus marqués à droite. Dix jours environ après le début de ces complications, apparut un ballonnement considérable du ventre avec sensation douloureuse plus marquée dans l'hypocondre droit. Le malade a maigri, l'oppression est permanente, le pouls est faible et précipité. A ne s'en rapporter qu'au dire du malade, le phénomène le plus saillant consisterait en douleurs épigastriques intenses et permanentes, constrictives, exagérées par l'injestion des aliments. Il croit aussi que depuis 4 ou 5 jours le ballonnement du ventre a suivi une décroissance sensible.

A l'entrée, le malade est pâle, amaigri, bien qu'il prétende avoir toujours été maigre. Il est en proie à une dyspnée assez intense : 48 respirations par minute. La langue est sèche, non fuligineuse. L'interrogatoire le fatigue et l'essouffle.

Poumons. — Abolition des vibrations aux deux bases, matité, diminution considérable du murmure vésiculaire, pas de pectoriloquie aphone. La respiration est très rude dans les deux poumons, avec quelques râles surtout à droite; on perçoit çà et là quelques râles et grosses bulles. La voix et la toux sont retentissantes au sommet droit.

Cœur. — Rapide, mais pas de bruits anormaux. 120 pulsations.

Abdomen. — Ballonné, tendu et hyperesthésie douloureuse, surtout à la palpation. A la percussion, on a une légère sensation de flot. Les changements de position modifient très peu cette sensation. Il n'y a pas de zone de matité et pas de signe de circulation complémentaire.

Deux ou trois selles diarrhéiques par jour.

Rein. — Il urine bien. Pas d'albuminurie. Pas d'œdème des membres inférieurs.

La température oscille entre 38°5 et 40°1.

10 décembre 1894. Œgophonie à la base droite. Souffle. Quelques râles humides. Pouls, 88.

12 décembre. Pouls, 100. La température est tombée brusquement de 40°1 à 35°, à la suite d'un lavement de 2 grammes de créosote. La température remonte ensuite un peu et atteint 36° ; mais cette élévation ne se maintient pas, et aujourd'hui elle tombe à 34°6. La température de la peau ne paraît pas concorder avec la température centrale. Il ne se plaint pas de froid. Le ventre est tendu; il a été, hier, légèrement plus douloureux; il est toujours sensible à la pression, surtout à droite.

Le malade est allé à la selle. Le facies est pâle et présente l'aspect grippé des péritonites. Respiration 26. Un peu d'œdème des jambes. Eschare fessière.

Le malade meurt le 12 dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort: A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique. Fausses membranes récentes sur l'intestin, surtout à droite au niveau du cæcum.

L'*intestin*, ouvert sur toute sa longueur, présente une coloration noirâtre des plaques de Peyer, surtout au niveau de la partie inférieure de l'intestin grêle. La plupart des plaques sont cicatrisées: l'une d'elles, à quelques centimètres de la valvule, est encore ulcerée, ainsi qu'une autre assez large recouvrant circulairement la valvule elle-même.

Dans l'*appendice*, il y a de même une petite ulcération longitudinale en voie de cicatrisation. L'appendice est adhérent à la paroi.

La *veine porte* présente un caillot fibrineux fortement coloré en rouge dans toute son étendue. Ce caillot a le volume du pouce et adhère à peu près complètement ; on fait sourdre cependant du pus en pressant tout autour. Les branches d'origine sont obstruées, la splénique contient également un caillot adhérent; les mésentériques sont aussi oblitérées et surtout la mésentérique inférieure. Il est à noter toutefois que ces caillots ne se prolongent pas très loin. Au-dessous, les origines veineuses sont libres ou ne contiennent que des caillots cruoriques récents.

Le *foie* pèse 1800 grammes. Il est peu augmenté de volume. La face inférieure du diaphragme est tapissée par un amas de fausses membranes donnant l'aspect de la tartine de beurre.

On trouve à la section du foie environ une dizaine d'abcès dont le plus gros siège vers la partie inférieure du lobe droit. Il a presque le volume du poing ; les autres varient du volume d'une mandarine à celui d'un œuf. Le pus est crémeux, un peu jaune et renferme de petites paillettes rouges d'hématoïdine.

En plus, de ces abcès à pus collecté, on trouve quelques petits abcès aréolaires, surtout vers la partie moyenne de la face inférieure. Ils renferment un pus épais et plus jaune qui ne coule pas après la section.

Les *voies biliaires* et la *vésicule* sont absolument indemnes à l'œil nu.

Poumons. — Il y a un peu d'épanchement sérofibrineux dans les deux plèvres, trois quarts de litre environ à droite, un peu moins abondant à gauche.

Cœur. — Il est sain. Pas de caillots, pèse 250 grammes.

Rein. — Poids 180 et 170 grammes. Aspect graisseux, dégénérescence assez nette.

Rate.— Poids 120 grammes. Peu augmentée malgré le caillot de la splénique. Infarctus étendu en longueur sur le bord interne.

Examen du pus des abcès du foie. — On recueille à l'autopsie du pus d'un des abcès et on ensemence un tube de bouillon ordinaire. Le bouillon se trouble rapidement et à l'examen on constate qu'il a poussé quelques microorganismes. On trouve des cocci, des bacilles allongés et aussi des bacilles assez courts ayant une forme en navette avec un espace clair au milieu.

Par culture sur milieux successifs et sur bouillon phéniqué à 1 o/o, on arrive à isoler un bacille ressemblant au bacille vu dans les cultures impures Ce bacille se colore bien par les couleurs habituelles : fuchsine, violet de gentiane; il se décolore par la méthode de Gram.

Il pousse bien dans un milieu lactosé, sans production d'acide lactique, c'est-à-dire ne fait pas fermenter la lactose. Sur gélatine, il liquéfie un peu au bout de quelque temps cette substance. En somme, ajoute M. Lannois, il s'agit du bacille d'Eberth. La forme, la coloration, les cultures de ce microbe semblent bien le prouver. Un seul point est un peu en désaccord avec cette idée. La gélatine est liquéfiée au bout de quelque temps. Cela est assez difficile à expliquer, mais ne peut cependant nous faire rejeter l'idée du bacille typhique. Peut-être le bacille n'était pas seul dans la culture.

Nous devons attirer l'attention sur un signe particulier ; d'autant plus important à signaler qu'il peut être cause dans un examen superficiel, d'erreur considérable de diagnostic ; c'est celui qui est tiré du retentissement de l'abcès du foie,

sur la plèvre et le poumon. Il est facile de concevoir que l'inflammation n'aura pas de peine à se propager du foie à la plèvre au travers du diaphragme ; il nous suffira de rappeler l'existence, dans ce muscle large et mince, des puits lymphatiques qui mettent en communication les deux séreuses pleurale et péritonéale facilitant l'infection de l'une par l'autre.

Il n'est donc pas étonnant de trouver consignés dans nos observations les indices de cette propagation des germes du foie à la plèvre.

Voilà pourquoi on a pu observer à la base droite des frottements et des signes de pleurite sèche, de la matité et de la diminution du murmure respiratoire dans la partie inférieure du poumon. Il importe de distinguer ce bruit d'origine pleurale, peut-être aussi pulmonaire, d'autres bruits que révèle parfois l'auscultation et imputables ceux-ci à l'abcès du foie lui-même. Sachs, Little, Manson ont, en effet, signalé un bruit coïncidant avec les deux temps de la respiration et qui ressemble à une crépitation fine, à un bruit de froissement analogue à celui que provoque la marche sur la neige gelée.

Bertrand (Acad. de méd. 1890, Frottements périhépatiques et abcès au foie) considère la présence de ce bruit, appelé par lui frottement périhépatique, comme un signe presque pathognomonique des abcès du foie. Il serait dû soit à l'inflammation péritonéale, soit à l'œdème du foie (Hasler et Boisson) et mériterait, en tout cas, d'être signalé à côté des bruits de frottements pleuraux, pour en être parfaitement distingué.

Tels sont dans leur ensemble, un peu rapides et résumés, les symptômes et les signes cliniques des abcès du foie en général et en particulier des abcès que nous avons en vue dans cette étude. En quelques mots, nous rappellerons qu'ils se réduisent à la douleur, la fièvre, l'augmentation du volume du foie et les signes fournis par l'auscultation (bruits pleuraux et bruits péritonéaux).

CHAPITRE V

Quelle est l'évolution d'un de ces abcès du foie dont nous venons de donner dans ses grandes lignes le tableau symptomatologique ?

La durée est d'environ 15 à 20 jours; cependant, il y a un grand nombre de faits dans lesquels l'évolution a demandé jusqu'à six à dix semaines. Nous laisserons les cas plus rares, où de très gros abcès peuvent traîner pendant de longs mois, surtout avec les sujets cachectiques.

Les terminaisons des abcès du foie peuvent être variables. Dans un certain nombre de cas les plus heureux, mais aussi de beaucoup les plus rares, on a vu un abcès du foie évoluer vers l'enkystement, puis être finalement résorbé. La plupart du temps on ne doit pas espérer une issue aussi favorable; il se produit ici ce qui advient généralement : le pus se fait jour hors de la poche et l'abcès s'évacue; cette évacuation peut être faite vers la peau, dans la plèvre, dans les hanches, dans le péritoine, dans le péricarde, ou dans les viscères abdominaux.

L'ouverture à la peau est une terminaison relativement favorable, des adhérences se forment avec la paroi et le tégument s'ulcère un peu, laisse passage du pus.

Il n'en est plus de même si le pus se fait jour dans la plèvre; l'empyème qui est la conséquence de cette terminaison aggrave le pronostic; d'autant plus que, comme l'ont fait justement remarquer Kelsch et Kiener, il s'installe insidieusement, sans chaude réaction générale ou locale.

Mais la gravité est bien plus grande encore si l'abcès s'ouvre dans les bronches ; au milieu d'un cortège symptomatique inquiétant (fièvre intense, toux sèche, dyspnée, point de côté violent), on assiste à l'installation d'une broncho-pneumonie de la base droite, qui emporte souvent le malade en peu de temps ; cependant les cas de guérison ne sont pas rares, dans ces cas défavorables d'ouverture de l'abcès dans les bronches. Nous ne dirons rien de la terminaison par ouverture dans le péricarde, sinon qu'elle est très rare et entraîne souvent la mort subite. Quand l'abcès s'ouvre dans le péritoine, comme on le voit dans le cas d'abcès de la face inférieure du foie, il en résulte une péritonite généralisée, ou circonscrite suivant les circonstances, plus ou moins graves selon le degré de virulence du germe.

Enfin il est un mode de terminaison fréquent et favorable où le pus se déverse dans le tube digestif ; il est évacué rapidement et la guérison ne tarde pas à venir.

Maintenant que nous avons passé en revue les principales terminaisons des abcès du foie, consacrons quelques lignes à leur diagnostic.

En général ce diagnostic sera posé facilement en tenant compte des symptômes capitaux la fièvre avec ses caractères particuliers, la douleur au siège d'élection, l'augmentation de volume du foie ; comme le dit Chauffard, «seules les autres suppurations de la glande hépatique peuvent prêter à confusion».

Le kyste hydatique suppuré est un véritable abcès du foie ; mais pendant un temps plus ou moins long, il a été d'abord une tumeur du foie et s'est annoncé souvent par des symptômes révélateurs : dyspepsie des matières grasses, urticaire.

Les abcès angiocholitiques ne sont qu'une aggravation de l'angiocholite, c'est celle-ci que l'on diagnostiquera, d'après le type intermittent et les allures spéciales de la fièvre,

l'hypertrophie modérée et diffuse du foie, les causes enfin du processus.

Peut-on, une fois l'abcès hépatique reconnu, aller plus loin, et en déterminer la variété? Oui, dans une certaine mesure.

Les grands abcès phlegmoneux se reconnaîtront au volume même des collections qu'ils déterminent, à l'acuité des symptômes locaux.

Au contraire, Kelsch et Kiener ont très bien montré que les petits abcès fibreux multiples évoluaient beaucoup plus sourdement, sans grande réaction locale.

Leur marche est lente, mais la fréquence de symptômes typhoïdes, du marasme hectique, les difficultés ou l'insuccès du traitement opératoire leur impose un pronostic beaucoup plus sévère (Chauffard. Maladies du foie, dans Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud).

Le pronostic des abcès du foie variera donc avec la forme clinique ; aux petits abcès aréolaires multiples est attaché un pronostic très sombre ; les grands abcès solitaires, que nous avons étudiés dans la grippe et la fièvre typhoïde, comportent au contraire un pronostic beaucoup moins grave ; enfin, comme on l'a fort bien dit : «Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est d'autant moins grave que le diagnostic aura été plus précoce, et le traitement plus rapide».

CHAPITRE VI

Traitement

Quels sont maintenant que nous connaissons suffisamment l'étiologie et la physionomie clinique des abcès du foie dus à la grippe et à la dothiénentérie, quels sont, disons-nous, les moyens curatifs que la thérapeutique met à notre disposition pour traiter et guérir ces abcès ?

Passons d'abord en revue, sans trop insister, quelques méthodes de traitement plutôt médical, et que, nous le disons d'avance, nous jugeons notoirement insuffisant.

La révulsion a été employée sans succès certain ; on l'a appliquée ici comme toujours sous les formes les plus diverses : les émissions sanguines, fort en honneur depuis Annesley, ont du moins, à défaut d'autre mérite, celui de diminuer la douleur et la tension locale ; peut-être aussi possèdent-elles une certaine efficacité tout à fait au début, à la période présuppurative avant que le pus soit formé. C'est aussi de la même façon qu'agissent les ventouses scarifiées, les applications de sangsues. A ce traitement révulsif, les médecins ont l'habitude d'adjoindre une thérapeutique interne ; ils donnent du calomel, le cholagogue traditionnel qui a aussi l'avantage de produire une dérivation peut-être utile en congestionnant l'intestin ; le tout est accompagné comme de juste du régime lacté, du repos absolu, etc.

Nous ne voudrions pas juger trop sévèrement ces méthodes de traitement, mais nous croyons rester dans une juste limite

en affirmant qu'elles doivent être rejetées de parti pris toutes les fois que le diagnostic de grands abcès du foie peut être nettement posé; utiles peut-être, au débutde l'affection, ainsi que nous le disions plus haut, elles sont absolument illusoires par la suite; le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical que nous allons exposer avec quelques détails. Nous ne nous attarderons pas longtemps sur la ponction simple ou suivie d'inspection médicamenteuse. La ponction simple employée par Horner dès 1839 dans le cas de grands abcès dysentériques, puis par Murray, Smyth, Anderson, Beatson, Barker, Bennett, Jefferson et Martin, a donné quelques succès parmi lesquels ceux bien connus de Moutard-Martin.

Elle est toujours exploratrice, le plus souvent aspiratrice ; le chirurgien s'avance dans le foie, le vide à la main ; après évacuation du pus, le patient est abandonné à lui-même ; la petite plaie guérit vite, mais il faut craindre une récidive, sans parler de quelques complications, telles que la blessure d'un organe voisin au cours de la ponction, ou encore l'hémorragie intra-péritonéale, quelquefois rapidement mortelle, par l'orifice de la ponction, quand le trocart a pénétré dans un foie congestionné ou chroniquement infecté.

Somme toute, la ponction simple du foie sera désormais uniquement destinée à éclairer un diagnostic douteux ; elle sera seulement exploratrice.

Que faut-il penser des infections de substances médicamenteuses dans les abcès du foie évacués (Hanot, Debove) ou non (Sennett-Bacelli) ?

Quels que soient les liquides employés et ils sont nombreux : solutions iodées, alcool, acide phénique, iodoforme, naphtol, sulfate de cuivre, sublimé, voire même de la bile, les résultats obtenus n'ont pas fait grand honneur à la mé-

thode ; aussi est-elle tombée dans l'oubli et aujourd'hui justement abandonnée.

La dernière méthode vraiment chirurgicale de traitement des abcès du foie, l'hépatostomie, mérite de nous arrêter plus longtemps. Pour le dire tout de suite, c'est la méthode de choix, la seule dont on puisse attendre le maximum d'efficacité, aujourd'hui où le chirurgien, pénétré de l'importance primordiale des lois de l'asepsie, n'a plus à craindre, s'il les observe, les accidents redoutables de l'infection. L'hépatostomie est, comme l'indique l'étymologie (ἧπαρ foie, στομα bouche), l'incision d'une cavité intrahépatique ayant pour but d'amener, au moins pendant quelque temps, les communications de cette cavité avec l'extérieur (Pantaloni).

Cette opération a une longue histoire : Hippocrate, Celse. Arrêtée, les Arabistes, Albucasen, savaient ouvrir les abcès hépatiques au bistouri et au cautère.

La méthode, oubliée aux XVIe et XVIIe siècles, fut remise en honneur par Petit, Morand, etc. Malheureusement elle faillit être délaissée à cause de nombreux insuccès, et malgré les travaux de Récamier, Grave, Bégin et Portal, ce n'est qu'avec l'ère antiseptique qu'elle reprend définitivement dans la thérapeutique des abcès du foie la place prépondérante qu'elle mérite.

Parmi les praticiens qui ont légué à la postérité de mémorables exemples d'hépatostomies aseptiques, il nous suffira de citer les noms de MM. Aitken (1872), Henderson (1873), Ralfe (1874), Barthez (1877), Mac-Lean (1878), Stromeyer-Little et Ayme (1880), Tait (1880), Rochard et Zancarol (1887).

Avant d'aborder l'étude de l'opération elle-même, il ne nous semble pas dépourvu d'intérêt de donner quelques indications sur les temps préliminaires, qui ont une grande importance, le succès de l'opération étant subordonné en partie à l'observation de ces préparatifs. Qu'il nous soit permis de

céder ici la parole à Pantaloni, dont l'ouvrage magistral, très documenté et très consciencieux, sur la chirurgie du foie et des voies biliaires nous a été d'une grande utilité dans l'élaboration de ce chapitre de notre travail :

«Celui qui aborde chirurgicalement le foie doit être prêt, a dit Defontaine, à toutes les éventualités opératoires auxquelles la région peut conduire ; car rien ne saurait distinguer la préparation et la mise en œuvre d'une laparotomie restauratrice du foie ou d'une des autres opérations hépatiques et périhépatiques». Ces réflexions fort justes doivent être présentes à l'esprit de tous opérateurs.

a) Préparation du malade. — Suivant la coutume, lorsque l'on en aura le loisir, le malade sera mis au repos pendant quelques jours et soumis à un régime ayant pour but l'asepsie relative des organes digestifs et alimentation modérée, non ou très légèrement carnée, œufs, lait et laxatifs surtout.

Un bain savonneux sera donné la veille de l'opération, comme d'ordinaire.

b) Instruments. — Il faut avoir sous la main l'outillage indispensable pour parer à toute éventualité qui peut se présenter au cours de l'opération. Les instruments nécessaires sont :

Deux bistouris et un boutonné ; ciseaux (deux paires) ; vingt-quatre pinces hémostatiques ordinaires ; douze pinces hémostatiques longues ; deux écarteurs abdominaux ; deux valves ou cuillères malléables ; aiguilles à sutures, fines et courbes ; aiguille à bords non tranchants droite et courbe de Reverdin ; aiguille fine courbe de Reverdin ; aiguille à pédale de Reverdin, Chaput-Collin ; aiguille à grande courbure et manche fixe, du genre de celle d'Emmet ; aiguilles mousses ; aiguilles pour suture de la paroi ; un bistouri à résection ; ru-

gines droite et courbe ; une spatule de collecteur à manche ; et une petite cisaille.

Un costotome de Farabeuf ;

Un davier ;

Deux curettes.

L'appareil aspirateur avec ses aiguilles et trocarts ;

Un thermocautère ;

Un grand trocart courbe de Chassaignac ou un trocart aplati en fourreau de sabre et à pointe mousse et à poignée métallique ;

Deux broches d'acier ;

Cordon ou tube de caoutchouc pour ligature élastique ;

Tubes de caoutchouc de fort calibre et sans perforations latérales, pour drainage et lavage ;

Seringue stérilisable ou injecteur entièrement stérile ;

Provision d'eau stérilisée ;

Soie et catguts pour sutures et ligatures perdues, crins de Florence pour sutures superficielles ;

Tampons et compresses stériles pour la période opératoire ;

Pansement stérile capable de recouvrir une région étendue.

c) Aides. — Il faut un aide pour l'anesthésie, et cet aide a besoin de l'expérience habituelle nécessaire à tous ceux qui endorment des malades auxquels on ouvre l'abdomen.

Un autre aide doit être placé à gauche de l'opéré pour assister directement le chirurgien, qui se place à sa droite.

Technique opératoire. — On peut donner trois formes différentes à l'opération :

1° On peut fixer d'abord le foie quand il ne l'est pas déjà par des adhérences, et n'ouvrir qu'ultérieurement la collection purulente. Ce procédé porte le nom d'hépatostomie à fixation première et à incision dernière. S'il n'est pas le plus fréquemment employé, il est sûr ; nous commencerons par lui ;

2° On peut inciser le foie et ne pas le suturer à la paroi ; c'est le procédé de l'incision libre avec drainage ;

3° On peut enfin inciser la paroi de l'abcès en premier lieu, et la fixer ensuite à la paroi de l'abdomen ; ce procédé porte le nom de hépatostomie à incision première et fixation dernière.

I. — Hépatostomie à fixation première et à incision dernière

Cette méthode a été, semble-t-il, préconisée surtout par Defontaine, qui en a donné, en 1897, une description, à laquelle nous changeons très peu de chose.

Quand la fluctation est certaine, l'incision peut être faite sans conducteur au point saillant et suivant le grand axe de la tumeur.

Si la ponction exploratrice a été nécessaire, le trocart introduit servira de guide et l'incision passera par le point de ponction ; mais on aura soin de ne pas vider l'abcès, car la voussure qu'il peut produire aide toujours l'opérateur et facilite la rétraction des lèvres de l'incision.

Les couches superficielles doivent être divisées dans une plus grande étendue pour faciliter les manœuvres consécutives et l'issue du pus. L'hémostase et l'évacuation de la cavité purulente par aspiration sont complétées avant l'ouverture du péritoine.

1er Temps. — *Fixation hépato-pariétale.* — Ce n'est qu'ensuite, mais avant l'ouverture large de l'abcès, qu'on procède à la fixation du foie à la paroi, s'il n'y a pas d'adhérence, bien entendu ; son exécution, en présence d'une cavité purulente ouverte, augmenterait les chances d'infection.

Pour cette suture, les fils d'argent doivent être repoussés comme difficiles à passer et à tordre, coupant et déchirant le tissu friable du foie. Ils ont été la cause de la proscription de la suture par un certain nombre d'opérateurs.

Les fils de soie sont de beaucoup préférables et doivent être de grosseur moyenne (N° 1 ou 2, suivant le cas). Trop fins, ils couperaient plus facilement et rempliraient mal le canal créé par le passage de l'aiguille. On ne doit les serrer que fort peu, juste assez pour accoler les surfaces séreuses et pas au delà, c'est le moyen d'éviter qu'ils coupent la partie du foie qu'ils comprennent dans leur anse.

Les sutures ont été placées de bien de manières. Le point important est que le fil ne passe pas profondément dans le tissu hépatique. Plus il pénètre loin, plus il aura des chances de passer dans la cavité de l'abcès, de s'y contaminer et d'en laisser filtrer le contenu. Moins il comprendra dans son axe du parenchyme hépatique, essentiellement friable, et moins il se desserrera; moins abondante sera aussi la petite hémorragie qui se fait par chaque trou d'aiguille. Aussi convient-il de ne faire pénétrer l'aiguille qu'à 1 ou 2 millimètres environ dans le foie et très obliquement pour ressortir à 4 millimètres environ du point d'entrée.

Les points séparés, d'après Defontaine, sont préférables, pour cette fixation première, à toute suture continue, malgré ce qu'on a écrit et en dépit de l'opinion de Bertrand et Fontan ; et ils doivent être assez multipliés.

Defontaine exagère certainement, et on peut très bien ici recourir au surjet. On peut en placer deux rangs, le premier constitué par des points passés parallèlement aux lèvres de la plaie. L'aiguille, traversant de dehors en dedans par le feuillet pariétal du péritoine, entre dans le foie à une profondeur de 1 à 2 millimètres tout au plus, pour ressortir environ à 4 millimètres plus loin et traverser à nouveau au point cor-

respondant, et, de dedans en dehors, le péritoine pariétal. Chaque fil est noué avant le passage du suivant. La deuxième rangée concentrique a pour but de soutenir la première et d'obvier à ses imperfections. Les points qui la constituent seront donc placés surtout là où la première rangée paraît incomplète ; ils peuvent être dirigés vers le centre de la plaie, suivant des directions radiées, en traversant une seule fois de dehors en dedans le péritoine pariétal, près de son incision, pour piquer très superficiellement le foie et ressortir à 3 millimètres de son point d'entrée.

2me Temps. — *Incision.* — Il ne reste plus qu'à inciser toute l'épaisseur du tissu hépatique qui recouvre l'abcès dans l'étendue circonscrite par les sutures de fixation (six à huit centimètres, l'incision cutanée en ayant huit à neuf).

Un bistouri ordinaire ou boutonné introduit dans l'orifice laissé par le retrait du trocart est employé sans inconvénient.

Le thermocautère peut être utilisé si on a des raisons particulières de craindre une hémorragie du parenchyme hépatique. Quelques chirurgiens cependant, tels que Zancarol (d'Alexandrie) en font usage pour les abcès du lobe droit.

3me Temps. — *Traitement de la cavité purulente.* — Comme le foie est alors suturé à la paroi, on peut procéder immédiatement au lavage antiseptique ou aseptique de la poche purulente ; car rarement on s'en dispense. L'injection complète l'évacuation du pus et des détritus solides qu'il peut renfermer.

Elle diminue la septicité du foyer, on emploie un liquide tiède, poussé avec une force très modérée, en ayant soin de lui laisser toujours une longue issue. Il serait imprudent de s'exposer à la rupture du fond, quelquefois si fragile, de la cavité en la distendant ou en projetant un courant trop fort.

On emploie de préférence l'eau stérile ou des solutions antiseptiques faibles. Toutefois ce lavage n'est pas nécessaire.

Quelle que soit en pareille matière l'autorité et la compétence de Defontaine et de Pantaloni, nous ferons remarquer que dans les quatre cas d'abcès grippaux opérés par M. le professeur Tédenat, notre maître, quatre guérisons rapides furent obtenues par l'incision simple sans lavages, il nous semble donc que jusqu'à plus ample informé ceux-ci pourront être négligés, ainsi que le curetage des parois de la poche purulente que préconise également Defontaine et avec lui Pantaloni.

Le pus étant ainsi évacué, on termine par le drainage à l'aide de tubes volumineux, pénétrant au fond de la poche. On peut aussi au cas, où l'on a réussi à faire une toilette satisfaisante de la cavité, remplir cette cavité de gaze antiseptique. Mais à ceci encore nous préférons le drainage avec de gros tubes.

Pansement. — Le pansement nécessite quelques précautions spéciales.

Il doit être disposé de façon à laisser le libre écoulement des liquides, tout en permettant d'exercer sur l'ensemble de la région (base du thorax et partie supérieure de l'abdomen) une compression méthodique l'immobilisant autant que possible. Tous les auteurs insistent sur la nécessité de cette compression.

L'immobilité absolue du malade est indispensable pendant quarante-huit heures et l'emploi de ces précautions s'impose particulièrement dans le cas où la suture hépato-pariétale n'a pas été pratiquée.

Soins consécutifs. — Lorsque les accidents opératoires immédiats sont compris, la guérison est la règle dans les cas

d'abcès uniques. Les soins à donner à l'opéré consistent en pansements aseptiques soigneusement faits et renouvelés toutes les fois que les liquides les traversent ; ils seront donc de plus en plus rares à mesure des progrès de la réparation. Les drains seront peu à peu raccourcis, en ayant soin de ne pas les pousser tout à fait à fond pour n'entraver ni leur fonctionnement ni la rétraction de la poche. Leur nombre sera également réduit, mais un dernier drain doit rester, autant que possible, jusqu'au dernier jour qui précède la guérison complète. Celle-ci survient après une durée variable suivant l'étendue de l'abcès et l'état général des malades, dans une période de quatre à six semaines. Quelquefois une petite fistule persiste quelques mois.

L'opération de l'hépatostomie à fixation première telle que nous venons de la reproduire presque intégralement d'après Pantaloni, qui l'a empruntée à Defontaine, est l'opération de choix ; nous avons parlé, en les nommant seulement, d'une opération sans fixation préalable du foie à la paroi, le chirurgien ouvre l'abcès et termine par cette même fixation, et aussi d'une hépatostomie sans fixation. Ce procédé ne peut être adopté que dans les cas où le pus est stérile, autrement la méthode serait imprudente et on a vu des péritonites en résulter (Ramonet, Véron, Mac-Lean, etc.).

Quant à l'hépastotomie à fixation dernière, elle ne présente aucun avantage sur l'opération que nous avons décrite en premier lieu ; au contraire, elle est un peu moins sûre, le chirurgien devant surveiller très étroitement le temps de l'incision pour ne pas infecter le péritoine.

Les suites opératoires peuvent comporter parfois, mais rarement aujourd'hui, certains accidents, tels que hémorragies, cholerragies, perte du parallélisme des bords de la plaie, production de hernie, blessure de l'intestin, etc. Nous répétons que ces accidents sont rares, et comme leur étude nous entraînerait trop loin, il nous suffira de les avoir signalés,

CONCLUSIONS

1° *Fréquence.* — Sans être absolument rares, les grands abcès du foie d'origine grippale et typhoïdique ne sont pas très fréquents, leur nombre paraît augmenter depuis qu'on sait mieux les rechercher.

2° *Nature.* — Dans la très grande majorité des cas, ces abcès contenaient du pus stérile et jamais le bacille de Pfeiffer ou d'Eberth.

3° *Pathogénie et marche.* — La voie prise par l'infection pour produire les abcès du foie a un point de départ intestinal et parfois appendiculaire.

4° *Evolution.* — L'évolution ordinaire de ces abcès est subaiguë, les symptômes sont ceux des grands abcès du foie d'origine dysentérique avec quelques atténuations cependant.

La formation de l'abcès est complète en un mois ou deux environ à dater du jour qu'a débuté l'infection ; ces abcès énergiquement traités guérissent fréquemment.

5° *Traitement.* — L'hépatostomie à fixation première. — voire même sans lavage ni curettage — nous paraît l'opération de choix.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 février 1905.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué :
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 février 1905.
Le Doyen :
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ANNESLEY. — Researches on Diseases of India, 1825.

AYMES. — *Archives de médecine navale*, décembre 1880.

BÈNES. – Abcès du foie à évolution lente et apyrétique. Thèse de Montpellier, 1901.

BERGER. Abcès du foie développé sous l'influence d'une grippe ; six ans après, poussée légère d'hépatite survenue au cours d'une dysenterie des pays chauds. *Bulletin médical de Paris*, 1897, XI, 653-655.

BERTRAND. — Frottements périhépatiques et abcès du foie. Académie de médecine, 1890.

BERTRAND et FONTAN. — Traité de l'hépatite suppurée, 1895.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique : Maladies du foie.

BUDD. — Abcès latent du foie. Traité des maladies des pays chauds.

CHAUFFARD. — Maladies du foie. Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud.

COLLAS. — Abcès latent du foie. Traité des maladies des pays chauds, par Corre, p. 805.

DEBOVE et ACHARD. — Foie. Traité de médecine.

DEBRAY. — De l'absence des microbes dans les abcès du foie. 521, t. X, 1894-1895.

DIEULAFOY. — Abcès appendiculaires. Clinique, t. II, Xme leçon, p. 167.

DUFOURT. — Infection biliaire et lithiase. *Revue de médecine*, 1893.

DUTROULAU.—Maladies des Européens dans les pays chauds. Paris, 1868.

FOURNIER et GILBERT. — Histoire de la théorie microbienne de la lithiase. *Archives de médecine*, septembre 1898.

GILBERT. — Angiocholite ascendante suppurée. *Bulletin de la Société biologique*, 21 mars 1891, 23 octobre 1893.

GIBERT. — Cholécystite purulente typhique. *Bulletin de la Société biologique*, 2 octobre 1893.

— Angiocystite et cholécystite. *Bulletin de la Société biologique*, 13 janvier 1894, 20 janvier 1894, 24 février 1894, 16 juin 1894.

— Parotidite et lithiase biliaire typhique. *Bulletin de la Société biologique*, 21 juillet 1894.

— Pathogénie de la lithiase. *Presse médicale*, 14 mai 1898.

— Antiseptiques intestinaux. *Theurapeutiques*, 8 février 1896; *Bulletin de la Société biologique*, 10 juillet 1897, 30 octobre 1897.

GILBERT et GIRODE. — Contribution à l'étude bactériologique des vaisseaux biliaires. *Bulletin de la Société biologique*, 27 octobre 1890.

HASPEL. — Hépatite latente. *Rec. de mém. de médecine, etc., militaire*, 1843, 11, L. v.

LANNOIS. — Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde. Congrès médical de Bordeaux, 1895.

LEJARS. — Appendicite et angine. *Semaine médicale*, 1904, N° 26, p. 202.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Appendicite grippale. Académie de médecine, 5 juillet 1904. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, N° 13, 10 juillet 1904.

MANSON. — Précis des maladies tropicales.

PISENTI. — Weber die Veranderungen der Gallenabsunderung wahrend des Fiebers. *Arch. fur exp. Path. und Pharm.*, 24 juin 1886.

PY. — Des abcès du foie au point de vue de leur traitement. Thèse de Montpellier, 1884.

ROMBERG. — Berliner Klinischer Woschenschrift, 3 mars 1890.

ROUIS. — Recherches sur les suppurations hépatiques, 1860.

SOREL. — Abcès du foie. *Union médicale*, 1882.

TÉDENAT et SOUBEYRAN. — Grands abcès du foie consécutifs à la grippe. Congrès de chirurgie, 1892.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !